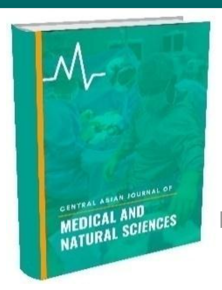
CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES



Volume: 03 Issue: 04 | Jul- Aug 2022 ISSN: 2660-4159

http://cajmns.centralasianstudies.org

Современные Методы Лечения Хронических Заболеваний Легких

1. Кодирова Наргизахон Умаровна

Received 2nd Jun 2022,
Accepted 3rd July 2022,
Online 1st Aug 2022

[1] Ассистент кафедры Пропедевтики внутренних болезней Бухарского государственного Медицинского Института имени Абу Али ибн Сино,
giza5552@gmail.com

Аннотация: Большинство факторов риска ХОБЛ исходит от внешней среды и основным из них является курение (как активное, так и пассивное). Также важное влияние на развитие ХОБЛ оказывают: профессиональные вредности (постоянный контакт с мелкодисперсной биологической и минеральной пылью, работа в загрязненных и запыленных помещениях), загрязнение атмосферного воздуха жилых помещений в результате использования твердого топлива для бытовых нужд. отопление и приготовление пищи, загрязнение воздуха за пределами рабочих и жилых помещений. К числу профессий с повышенным риском развития ХОБЛ относятся горняки, строители и рабочие металлургической промышленности. Кроме того, достаточную роль в развитии ХОБЛ играют внутренние факторы – гиперреактивность бронхов, наличие бронхиальной астмы у человека или его близких родственников, частые бронхиты в детском возрасте, несколько реже встречается дефицит альфа- антитрипсина.

Ключевые слова: хроническое воспаление, функция легких, хроническое респираторное заболевание, бронхиальные М-холинорецепторы.

Важным отличием ХОБЛ от других хронических заболеваний легких является необратимая обструкция дыхательных путей, развивающаяся вследствие сужения их просвета, фиброзных изменений, потери эластичности легочной ткани. Основной причиной одышки при ХОБЛ является образование «воздушных ловушек», развивающихся вследствие нарушения опорожнения альвеол вследствие низкой эластичности легочной ткани. Именно образование «воздушных ловушек» приводит к развитию одышки, увеличению частоты дыхания, что вновь приводит к неполному опорожнению альвеол, формируя порочный круг поражения легочной ткани.

ХОБЛ поражает не только легочную ткань. В связи с постоянным недостатком кислорода и застоем мокроты в альвеолах для больных ХОБЛ характерно развитие хронического

воспаления, поражение сердечно-сосудистой системы, а длительно текущее заболевание может привести к развитию клинической депрессии.

Решающее значение имеет исследование функции внешнего дыхания с определением ОФВ1 и индекса Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) с обязательной бронходилатационной пробой как с β2-агонистом короткого действия, так и с ипратропия бромидом (атровент) для доказательства необратимости и только частично обратимая обструкция дыхательных путей.

Лечение ХОБЛ начинают с прекращения воздействия полиютантов, в первую очередь с прекращения или, если это невозможно, резкого ограничения курения, и обучения больных по специальным образовательным программам, а также с профессиональной ориентации больного с исключением профессиональных полютантов.

Характер лечебных мероприятий несколько меняется в зависимости от фазы процесса: ремиссии или обострения.

Между тем в течение ряда лет врачи разных стран отмечают более высокую эффективность и более высокую безопасность применения АГП, особенно тиотропия, перед β2-агонистами и тем более перед препаратами ксантина. Это объясняется следующим образом:

1. ХОБЛ характеризуется повышением бронхомоторного тонуса блуждающего нерва, что играет основную роль в развитии спазма гладкой мускулатуры бронхов и гиперсекреции. Таким образом, АГП действуют в наибольшей степени патогенетически, уменьшая не только бронхоспазм, но и гиперсекрецию. Этим объясняются преимущества АНР при ХОБЛ перед другими бронхолитиками.
2. Начальная эффективность АХП не снижается при длительном регулярном применении, т. е. у них нет тахифилаксии (редкое положительное качество препарата), наряду с этим практически отсутствует синдром отмены.
3. Чувствительность бронхиальных М-холинорецепторов (в отличие от β2-адренорецепторов) с возрастом не ослабевает. Это особенно важно, поскольку ХОБЛ является «привилегией» пожилых людей.

АГП практически не всасываются и не вызывают системных побочных эффектов, в связи с чем могут применяться при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии (ИБС, артериальная гипертензия). Они абсолютно не обладают кардиотоксическим действием.

У пациентов старше 50 лет ежегодное снижение ОФВ1 резко замедлялось под влиянием лечения: средний уровень снижения постбронхорасширяющего ОФВ1 составил 38 мл, приближаясь к физиологическому возрастному снижению этого показателя по сравнению с 58 в контрольная группа. Наряду с этим отмечалось более значимое улучшение качества жизни и снижение риска развития обострений ХОБЛ.

Воспалительный характер ХОБЛ оправдывает применение ГКС, преимущественно и ГКС, при этом заболевании. GOLD-2008 [13] предусматривает: «Длительная терапия и ГКС показана больным с клинически значимыми симптомами с ОФВ1 < 50% от должного (стадии III и IV) и рецидивирующими обострениями (например, три за последние 3 года) ." Применение и ГКС (наряду с бронхолитиками) особенно показано при обострении ХОБЛ. Таким больным с тяжелой дыхательной недостаточностью, когда не удается синхронизировать вдох с включением генератора аэрозоля, показана небулайзерная терапия и ГКС. Предпочтение следует отдавать топическим и ГКС будесониду (пульмикорту), который практически не оказывает системного действия. При особо тяжелом течении ХОБЛ, когда из-за

поверхностного дыхания и распространенной бронхиальной обструкции ингалят не может проникнуть в мелкие дыхательные пути даже при использовании небулайзера, назначают системные ГКС per os (30-40 мг) или внутривенные ГКС для 10-12 дней. После этого улучшается бронхиальная проходимость, и и ГКС оказывают свое действие.

Повысить эффективность и ГКС при стабильной ХОБЛ удалось за счет сочетания и ГКС с β2-агонистами длительного действия (салметерол или формотерол). При этом наблюдается взаимное усиление эффектов и ГКС и β2-агонистов длительного действия: и ГКС повышают экспрессию β2-адренорецепторов, а β2-агонисты активируют рецепторы к ГКС. Таким образом, β2-агонисты длительного действия позволяют преодолеть стероидорезистентность при ХОБЛ, в связи с чем комбинация этих препаратов оказывает синергетический эффект. Неудивительно, что лечение ХОБЛ комбинированными препаратами оказалось намного эффективнее, чем использование каждого компонента в виде монотерапии.

Широкое распространение получили фиксированные комбинации β2-агонистов длительного действия и и ГКС: серетид (комбинация салметерола с флутиказона пропионатом в дозе 50/500 мкг) и симбикорт (комбинация формотерола с будесонидом в дозе 9/320 мкг).). И тот, и другой препарат применяют 2 раза в сутки.

Первоначально эти препараты применялись для лечения БА, а затем и для лечения ХОБЛ. При ХОБЛ оба препарата могут назначаться с одинаковым успехом. В то же время при БА симбикорт имеет некоторое преимущество, которое служит не только для профилактики, но и для купирования приступов удушья за счет того, что формотерол, входящий в его состав, начинает оказывать бронхорасширяющее действие уже через 2- 3 минуты.

Действительно, добавление формотерола к тиотропию значительно улучшило результаты лечения, в частности, были достигнуты более высокие показатели функции легких по сравнению как с монотерапией тиотропием, так и с комбинацией салметерола с флутиказоном. Такие же высокие результаты лечения были достигнуты при добавлении к терапии иГКС, то есть при добавлении серетида к тиотропию, хотя это положение еще нуждается в подтверждении с помощью масштабных доказательных исследований.

Бронходилататоры, применяемые при стабильном течении ХОБЛ, представлены антихолинергическими препаратами короткого действия (ипратропия бромид) и длительного действия (тиотропия бромид), р2.агонистами короткого действия (фенотерол, сальбутамол, тербуталин) и длительного действия (формотерол, салметерол).) и метилксантины (теофиллин, аминофиллин, теопек, тео-тард). Учитывая, что парасимпатический тонус является ведущим обратимым компонентом бронхиальной обструкции при ХОБЛ, практически всем больным ХОБЛ целесообразно ингаляционное введение антихолинергических препаратов.

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) добавляют к рутинной терапии бронхита у больных ХОБЛ при выраженной клинической симптоматике с ОФВ1<50% от должного (III и IV стадии — ХОБЛ тяжелой и крайне тяжелой степени) и при рецидивирующих обострениях заболевания в анамнезе, требующих назначение системных глюкокортикостероидов и/или антибиотиков (уровень доказательности А). Противовоспалительное действие ИГКС связано с ингибирующим действием на клетки воспаления и их медиаторов, применение ИГКС повышает чувствительность и количество Р-рецепторов гладких мышц, увеличивает синтез противовоспалительных белков, способствует стабилизации клеточных мембран. и снижают проницаемость сосудов. В отличие от системных стероидов, ИГКС характеризуются быстрой инактивацией и коротким периодом полувыведения из плазмы крови. Немаловажно и то, что лечебный эффект ИГКС носит утопический характер и развивается непосредственно в бронхиальном дереве.

Известно, что на диафрагму приходится более 90% работы по осуществлению вдоха. В то же время из-за прогрессирующей гипоксемии и тканевой гипоксии значительно нарушаются метаболические процессы в этой жизненно важной для дыхания мышце, что неизбежно ускоряет и усугубляет процесс прогрессирования легочной недостаточности и ХЛС. Поэтому чрескожная электростимуляция диафрагмальной мышцы показана больным с хронической дыхательной (легочной) недостаточностью для тренировки дыхательной мускулатуры(12,13).

Литература:

1. Лещенко, И.В. Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / И.В. Лещенко, Н.А. Есаулова // Пульмонология. - 2003. - Том. 13. - № 3. - С. 101-111.
2. Литвинова И.В. Алгоритм лечения больных хронической обструктивной болезнью легких / И.В. Литвинова, И.В. Лещенко // РМЖ. - 2004. - Вып. 12. - № 7. - С. 4СС-492.
3. Новиков, К.Ю. Респираторный статус больных хроническим бронхитом при отказе от курения / К.Ю. Новиков, Г.М. Сахарова
4. Khasanova, M.T., & Movm-Assistant, K. M. (2021). MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT DURING CHRONIC ALCOHOLISM. Достижения науки и образования, 80, 81-85.
5. Furqatovich, U. S. (2022). COGNITIVE IMPAIREMENT UNDER THE HEART FAILURE. International Journal of Philosophical Studies and Social Sciences, 2(2), 167-171.
6. Khalimova Dilrabo Jalilovna , "ALGORITHMS FOR DIAGNOSING AND TREATING BACK PAIN", JournalNX - A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal, IOCRTTA-2020, ISSN : 2581-4230, Page No. 47-51
7. Jalilovna, Khalimova Dilrabo, and Kodirova Nargizakhon Umarovna. "In Folk Medicine, New Reforms of the Application of Avicenna Teachings, Suggestions and Analyses. "CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES 2.6 (2021): 464-467.
8. Боли в спине: разработка алгоритмов диагностики и лечения на уровне первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан Авторы: Халимова Дильрабо Джалиловна DOI: 10.37200 / IJPR / V24I6 / PR260396 Страницы: 4132-413
9. Khalimova Dilrabo Jalilovna, & Kodirova Nargizakhon Umarovna. (2022). DIAGNOSIS OF ACUTE AND CHRONIC HEART FAILURE. World Bulletin of Public Health, 9, 208-211.
10. Kodirova, Nargizakhon Umarovna (2022). MODERN METHODS OF TREATMENT OF CHRONIC LUNG DISEASES. Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences, 2 (Special Issue 4-2), 983-988.
11. Jalilovna, K. D., & Umarovna, K. N. (2021). Actual Problems of Internal Diseases (Therapy). CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES, 2(6), 456-459.
12. Шаропова, Г. С. (2022). Экстракта алоэ при зоонозном лейшманиозе. Один из факторов быстрого наступление стадии рубцевания. Science and Education, 3(5), 181-187.
13. Samadovna, S. G., & Akhmedovich, M. F. (2022). Aloe Extract, Factors of the Rapid Onset of the Stage of Scaring in Zooonous Leishmaniasis. Eurasian Medical Research Periodical, 9, 77-81.